Le Pangloss de PATHOS

Guide-âne

Mémento pour la tenue des dossiers en EHPAD à l'usage des médecins coordonnateurs, des médecins traitants et des personnels soignants

Version d'octobre 2009

Association des Médecins Coordonnateurs Landais

Dr Christophe BRETHES, gériatre à l'hôpital de Mont-de-Marsan, équipe mobile de gériatrie (EMOG) et Unité Géronto-Psychiatrique

Avec l'aimable collaboration pour la relecture et les conseils :

Dr Daniel FALCINELLI, gériatre et médecin généraliste, coordonnateur en EHPAD (Tartas, Souprosse)

Dr Denis RAMBOUR, gériatre à l'hôpital de Mont-de-Marsan, Unité Géronto-Psychiatrique et coordonnateur en EHPAD (Parentis)

Dessin de Babacar BRETHES
21/06/2009

Le pathos est une chose admirable qui sied souvent merveilleusement aux jeunes gens.
Lorsqu'on est plus âgé, il convient davantage d'avoir de l'humour, de sourire, de ne pas prendre les choses au sérieux ; il faut transformer le spectacle du monde en un tableau, observer les choses comme s'il s'agissait des jeux furtifs des nuages dans le ciel noir.

Hermann Hesse. Éloge de la vieillesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... 4

GENERALITÉS SUR PATHOS ET LA GÉRIATRIE..... 5
I. Qu'est-ce que PATHOS ?..... 5
II. Comment évaluer le soin réel et requis en EHPAD ?..... 5
III. Les adages en gériatrie..... 5
IV. PATHOS en poésie..... 7
V. Comment s'organiser pour le recueil de données ?..... 8

LA TENUE DU DOSSIER PAR PATHOLOGIES ET LES CODAGES PATHOS..... 10
I. Un cas clinique : Monsieur Martin, au paradis ou en enfer ?..... 10
II. Le facteur temps..... 11
III. Le thésaurus PATHOS..... 12
A. Les soins terminaux..... 12
B. La pathologie psychogériatrique (démences, troubles du comportement, dépression, anxiété, symptômes psychotiques)..... 13
C. Problèmes neurologiques (malaises et chutes, AVC, syndromes parkinsoniens, épilepsie)..... 19
D. Problèmes cardiaques (insuffisance cardiaque, coronaropathie, HTA, troubles de la conduction, thromboses veineuses)..... 20
E. Sepsis et pathologies connexes..... 23
F. Pathologies liées à la nutrition (dénutrition, déshydratation, diabète, fausses routes)..... 25
G. Divers : anémie, syndrome d'immobilisation, incontinence urinaire, états cancéreux, iatrogénie..... 29

ÉPILOGUE..... 31

Avertissement : ce guide a été réalisé par l'association des médecins coordonnateurs landais (AMCL) et n'a pas la prétention de se substituer aux guides de codage officiels et aux formations à PATHOS. Il n'est pas opposable et ne fait pas jurisprudence. Son unique objectif est de donner des pistes pour la tenue des dossiers-résidents afin de réaliser des coupes dans de bonnes conditions.

Ce guide est un document associatif, non-officiel...

INTRODUCTION

Pangloss est un personnage de fiction inventé par Voltaire. Tout le monde connaît son célèbre roman Candide, dans lequel apparaît ce fameux philosophe, professeur de métaphysico-théologico-cosmonigologie. La philosophie de Pangloss se résume à une formule : « le malheur n'est que l'apparence d'une cause qui est bonne ». Elle est réservée aux naïfs et n'est valable que dans un château, car Pangloss n'a pas vécu la vraie vie.

Pourquoi ce nom de Pangloss...

Le médecin coordonnateur qui prend ses fonctions en EHPAD, s'il reste comme Candide, risque de déchanter. Les tutelles vont en effet lui demander (et parfois dans de brefs délais) de réaliser des coupes PATHOS. Il doit s'y préparer. S'il vit « dans le meilleur des mondes possibles » et que ses dossiers sont parfaitement tenus par des médecins traitants attentifs, « très rédigeant » et au fait des dernières recommandations gériatriques conformes aux données de la science, ce sera facile. Mais cette situation est encore rare.

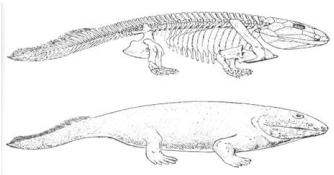
Pour ne pas rester candide

Notre guide a été créé pour l'aider à tenir ses dossiers. Le médecin coordonnateur doit transformer la formule philosophique de Pangloss : « le malheur doit être le moteur de la bonne cause ». Le malheur, entendu comme « les maladies », car il y en a beaucoup en EHPAD, doit être le fondement d'une défense de l'institution : soigner au mieux les résidents. PATHOS est le moyen d'en faire la preuve, de photographier le réel pour justifier des moyens financiers à mettre en œuvre pour un soin de qualité.

Aider à tenir les dossiers

PATHOS comme preuve du meilleur soin

Pour le guide officiel PATHOS, nous renvoyons au site de l'assurance maladie en ligne (AMELI) :
http://www.ameli.fr
Vous y trouverez, à la section documentation technique du logiciel GALAAD, le manuel d'utilisation du modèle PATHOS et les différentes mises à jour.
Il est aussi indispensable de faire une formation certifiée pour s'entraîner à coder sur des cas cliniques.



GÉNÉRALITÉS SUR PATHOS ET LA GÉRIATRIE

I. Qu'est-ce que PATHOS ?

PATHOS est un instrument de mesure

C'est un outil. PATHOS est un système de codage moderne applicable au malade âgé. Il a été inventé pour évaluer les soins nécessaires en services de gériatrie et il est désormais obligatoire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Mais ce n'est pas un outil clinique. Il s'inscrit dans le cadre des quatre principes interdépendants de notre modernité : précaution, simplification, transparence et évaluation. Ce tétrapode a une queue : la traçabilité[1]. On pourrait soupirer, mais « sus aux râleurs et au travail », déclare Pangloss. Si les résidents sont bien suivis et leurs dossiers bien tenus, PATHOS doit rendre service à l'EHPAD .

II. Comment voir le soin réel et requis en EHPAD ?

C'est un système qui évalue le soin nécessaire

Pour évaluer, il faut observer. C'est ce que le médecin fait à longueur de journées. Comme le dit l'adage : « si vous ne faites pas votre diagnostic dès l'inspection et l'interrogatoire, vous ne le ferez jamais. » Pour l'interrogatoire, en EHPAD, c'est surtout le personnel qu'il faut impliquer et il faut s'évertuer, de l'infirmière à l'agent de service, à former des détectives curieux qui n'hésitent pas à faire leur rapport. Le médecin coordonnateur et son équipe soignante doivent guetter tous les évènements médicaux (et plus encore, analyser la dynamique systémique globale de l'institution), s'interroger, tenter de comprendre, relever et transmettre au médecin traitant. C'est ainsi que la bonne procédure de soin sera mise en action. Même si les moyens manquent, il faut pouvoir écrire sur un support (papier ou informatique) : le résident a ce problème et c'est ainsi que nous faisons (ou devrions faire). Daté, signé, traçé (la queue du tétrapode). Le codage PATHOS en découlera. Il faut cependant avoir un jugement sûr et se montrer prudent. Le soin requis ne doit pas prendre le pas sur le soin réellement prodigué dans l'EHPAD, ce ne serait pas réaliste et indéfendable auprès du médecin conseil.

Pour "voir" : impliquer le personnel

Comprendre, relever, transmettre...

Bien voir le réel en EHPAD, c'est connaître par cœur un certain nombre d'adages et les faire partager à tous les intervenants soignants et aux médecins généralistes.

III. Les adages en gériatrie

Pangloss est un rien moralisateur. Faut-il lui en vouloir ? Quand même... Une règle absolue en EHPAD : la sollicitude. Soigner des personnes âgées est difficile. Le médecin ne doit jamais oublier ce qu'il représente : un modèle. Ce qu'il est, ce qu'il fait, la façon dont il se comporte donnera la coloration des rapports humains qui se noueront dans l'institution.

Pangloss moralisateur...

- AD'ÂGES -

1. Ceux qui veulent en savoir plus peuvent lire : **Ruses de l'humain dans un monde rusé : identités, unité, complexité**. Jacques Miermont, Antoine Barrière, André Demailly, Gérard Donnadieu. *L'Harmattan. 2007.*

1. Il n'y a pas d'anomalie clinique liée à l'âge. C'est toujours dû à une affection médicale. Cherchons.
2. Face à un symptôme : j'élimine l'urgence, je cherche un facteur iatrogène, la possibilité d'une guérison et le soin le plus adapté possible. Raisonnons.
3. Ne jamais attribuer à l'âge : les troubles de la mémoire, la tristesse (troubles de l'humeur), les chutes, les amaigrissements, l'incontinence récente. Evaluons.
4. La démence est fréquente et se traite. Consultons.
5. Des marqueurs de la fragilité existent et doivent être traqués et transcrits : l'IMC, l'albumine, la CRP, l'hémoglobine, la clairance de la créatinine. Mesurons.
6. La dénutrition tue. Pesons.
7. Les chutes à répétition, les fausses-routes, se relèvent (fiches), s'explorent, se compensent. Rééduquons.
8. L'anémie n'est pas physiologique et a un seuil de gravité : 10 g/dl. C'est même le seuil de transfusion en cas de cœur malade (gare à l'OAP !). Hospitalisons (si nécessaire).
9. Le pépé de tous les dangers : Polypathologie-Polymédication.
10. Les vieux se couchent pour mourir. Remobilisons.
11. Quelques adages psychogériatriques : Chez le dément, le succès thérapeutique ne consiste pas à le réduire au silence, mais d'éviter de le rejeter. La démence est une maladie de l'identité, de la famille et de l'environnement. Il faut aimer le malade plus qu'il ne peut s'aimer lui-même. Les troubles du comportement sont des comportements troublants : il faut s'occuper du soignant qui les subit. Les comportements ne sont pas fous, ils ont une explication : on cherche toujours dans l'ordre (a) soma (douleur, trouble organique) ; (b) médicaments (iatrogénie) ; (c) environnement (inadéquation, agression) ; (d) pathologie psychiatrique surajoutée. On n'améliore pas le patient : on lui redonne un équilibre.
12. Pour finir, vous êtes médecin et ne serez sans doute jamais président. Répétez en vous rasant la pyramide des 11 D de la gériatrie :

Les adages en Gériatrie...

Delirium
Douleurs
Démences
Décubitus
Dénutrition
Dépression
Dépendance
Déséquilibre
Déshydratation
Déminéralisation
Déficits neuro-sensoriels.

La pyramide gériatrique

IV. PATHOS en poésie

Avant d'entrer dans le vif des pathologies, pour les candides, voici une déclinaison des principaux codes utiles en EHPAD.

Connaître les codages de PATHOS

1. Minimum syndical. Codage S comme syndical. Si l'oiseau est pressé ou embarrassé, ne lâchant que quelques larves de hannetons à ses ouailles, c'est le minimum syndical. Traduction : on code S1 pour chaque pathologie à laquelle correspond un traitement de fond, quand le patient est vu tous les mois par son médecin traitant. Ex : HTA simple traitée par un anti-hypertenseur. Le patient va bien et n'est pas décompensé par cette maladie.
2. Atteint. Codage T comme atteint. Il allait d'un pas joyeux dans sa retraite heureuse. Survint la tempête et le voilà atteint. Traduction : en EHPAD, c'est le codage T2. Il s'agit d'un état pathologique sérieux. Cela correspond à trois choses : une pathologie aiguë (par exemple une pneumopathie qui oblige à un alitement et traitement), un état précaire (le traitement est en cours de changement, par exemple adaptation antalgique suite à un tassement vertébral récent hyperalgique), un état instable chronique (insuffisance cardiaque qui décompense facilement et qu'il faut surveiller comme le lait sur le feu). Le patient est donc clairement souffrant et a besoin de soins pluri-hebdomadaires ou d'une surveillance rapprochée.
3. Caverne Humide. Codage CH comme caverne humide. Il s'est figé sur un plan dur. Apparaît un creux, une caverne humide. Traduction : codage des plaies importantes qui mobilisent l'infirmière pour un pansement complexe (20 minutes tous les deux jours).
4. Doute Grand. Codage DG comme doute grand. Par temps calme, volent aussi les miasmes qui s'infiltrent en cachette. Le médecin cherche, c'est le temps du doute et il est grand. Traduction : le patient a des symptômes qui inquiètent mais on ne sait pas quoi. Il faut faire des investigations paracliniques. Par exemple dans le cadre d'une dénutrition, d'une fièvre au long cours, d'un état inflammatoire, une hématurie…
5. Restaurer. Codage R comme restaurer. Mais si la tempête ou les miasmes ne l'abattent pas, l'espoir d'un éternel retour est là. Il peut, il veut se restaurer. Traduction : R1 est le codage pour la kiné intensive (pluri-quotidienne ou avec plusieurs professionnels). Par exemple : rééducation d'une fracture de hanche, kiné respiratoire (car c'est quotidien et individuel), rééducation post-AVC (car kiné, ergo, orthophoniste…). Il faut que le malade soit en état et que cela soit utile. R2 est le codage de la rééducation d'entretien plus légère (deux à trois fois par semaine).
6. Empathie. Codage P comme empathie. Qu'en est-il de l'âme quand tout s'en va : la tête, le moral, la politesse ? Le vieux lion tourne en cage et la famille se précipite. Sonne l'heure de l'empathie. Traduction : en EHPAD c'est

souvent P2. C'est le soutien psychothérapeutique que peut fournir l'ensemble de l'équipe soignante au résident (la famille professionnelle…).
7. Moribond. Codage M comme moribond. Mais tôt ou tard, lentement ou rapidement, sereinement ou dans les pleurs, la fin approche. Passons du baume au moribond. Traduction : M1 pour les soins palliatifs lourds ; le patient est douloureusement conscient, l'aspect relationnel et psychologique est majeur, les soins médicaux sont conséquents. M2 si c'est juste du confort.

Entraînez-vous à retrouver les codes du texte complet dans cette parabole de la vie :

C'est l'automne. L'oiseau est pressé ou embarrassé, ne lâchant que quelques larves de hannetons à ses ouailles, c'est le minimum syndical. Le vent se lève et les feuilles tombent. Le vieux avance d'un pas joyeux dans sa retraite heureuse. Survient la tempête et le voilà atteint. Il se fige sur un plan dur. Apparaît un creux, une caverne humide. Le temps de panser la blessure et le temps se calme. Les miasmes s'infiltrent en cachette. L'inquiétude guette. C'est le temps du doute et il est grand. Mais si la tempête ou les miasmes ne l'abattent pas, l'espoir d'un éternel retour est là. Il peut, il veut se restaurer. Pour une dernière visite au zoo de son enfance ? Mais qu'en est-il de l'âme quand tout s'en va : la tête, le moral, la politesse ? Le vieux lion tourne en cage et les visiteurs se précipitent. Sonne l'heure de l'empathie. Mais tôt ou tard, lentement ou rapidement, sereinement ou dans les pleurs, la fin approche. L'oiseau, le vieux, le lion s'écroulent. Passons du baume aux moribonds[1]...

Une parabole pleine de pathos sur la vie...

V. Comment s'organiser pour le recueil de données ?

Nous pensons qu'il faut à la fois un support et du temps humain.
Pour le support, cela peut être un logiciel de bureautique ou du papier. Peu importe où sont inscrites les données (dossier infirmier, dossier médical ou cahiers de transmissions). L'important est qu'elles soient organisées, régulièrement alimentées et facilement consultables. Le mieux est de centraliser (il existe d'excellents logiciels pour cela).
Pour le temps humain, nous pensons qu'une infirmière référente doit être désignée pour la tenue des écrits. En effet, si certains médecins n'inscrivent rien, ils peuvent en revanche accepter que l'infirmière renseigne le dossier à leur place (le dossier appartient au patient et les supports à l'EHPAD). Il faut juste s'assurer de leur accord et les informer du contenu de ce qui est tracé.
De même, tous les professionnels des métiers spécifiques (psychologue, kiné, orthophoniste…) doivent laisser des comptes-rendus de leurs activités. S'il ne

Nécessité d'une infirmière référente pour la tenue des dossiers

1. Les connaisseurs auront reconnu une certaine similitude entre cette parabole et l'histoire du Lion de Barbizet (publiée en 1965), utilisée dans le cadre des démences pour évaluer la mémoire verbale. **GREMOIRE : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés**. *Editions Solal. 2008.*

importance des métiers spécifiques : psychologue, kiné...

le font pas, là aussi, leur demander s'ils acceptent que l'infirmière note pour eux ce qu'ils font (en quelques mots et en traçant leurs dates de passages et qui ils ont vu).

L'hypthèse basse au pire...

Il faut rappeler que c'est la présence de l'information qui compte, pas son développement rhétorique. Ainsi, un codage sera validé avec « l'hypothèse basse » si une trace est bien présente dans le dossier et correspond à une réalité. Le doute doit profiter à l'EHPAD. En résumé, si le médecin coordonnateur se répète tous les matins en se rasant la pyramide des 11 D de la gériatrie, l'infirmière coordonnatrice doit de son côté être une obsessionnelle de l'écriture. Ecrire, écrire, écrire…

Il faut quand même organiser les choses et ne pas écrire des données qui ne servent à rien et ne s'intègrent pas dans une démarche de soins.

Ainsi, dans chaque dossier doivent apparaître :

L'incontournable pour tous les résidents

1. Les dernières ordonnances (médicaments, mais aussi pour la kiné, l'orthophoniste, etc...).
2. Les courriers des spécialistes (demander des copies au médecin traitant ou s'adresser aux secrétariats des consultants externes pour les obtenir).
3. Tous les antécédents connus du patient.
4. Toutes les pathologies encore actives et traitées (en n'omettant pas de détailler les mesures non-médicamenteuses).
5. Tous les plans de soins en cours pour les pathologies décompensées ou instables.
6. Un relevé successif des observations médicales courantes (visites, transmissions individualisées hebdomadaires).

Il faut garder à l'esprit que les démarches de soins doivent être SOUHAITABLES, UTILES, FAISABLES. Nous allons les détailler pathologies par pathologies.

LA TENUE DU DOSSIER PAR PATHOLOGIES ET LES CODAGES PATHOS

I. Un cas clinique : Monsieur Martin, au paradis ou en enfer ?

Paradis : aujourd'hui, Monsieur Martin ne va pas bien. Il déambule plus qu'à l'habitude, avec un équilibre un peu précaire. Il a refusé de s'installer à table. Il repousse les agents qui s'approchent de lui. On ne comprend pas bien ce qu'il veut dire, mais comme il est dément, on sait que c'est souvent le cas. Pourtant, une aide-soignante va rapidement signaler la situation à une infirmière, qui quitte ce qu'elle est en train de faire pour venir le voir. Monsieur Martin semble chaud et elle pense qu'il est confus. Elle le rassure longuement et le ramène en chambre, l'installe au lit, lui prend la pression artérielle, la température. Pas de doute, il couve quelque chose et elle appelle son médecin traitant, qui, sur les éléments relevés par l'infirmière (état inhabituel, fièvre, confusion) passe dans la matinée et suspecte à l'auscultation une pneumopathie débutante. Il prescrit NF + CRP, une perfusion sous-cutanée la nuit, une surveillance étroite en chambre, du paracétamol et une antibiothérapie. N'est-ce d'ailleurs pas lié à une fausse-route récente ? En consultant les fiches de suivis, l'infirmière confirme au médecin que Monsieur Martin déglutit de moins en moins bien…

un résident dément dans un état inhabituel...

une bonne réactivité

Enfer : aujourd'hui, Monsieur Martin ne va pas bien. Il déambule plus qu'à l'habitude, avec un équilibre un peu précaire. Il a refusé de s'installer à table. Il repousse les agents qui s'approchent de lui. On ne comprend pas bien ce qu'il veut dire, mais comme il est dément, on sait que c'est souvent le cas. L'aide-soignante décide de le laisser tranquille. Au fil des heures, la situation ne s'améliore pas, ce résident devient vraiment pénible. Il est agité, perturbe les autres. L'infirmière, qui est sollicitée à plusieurs reprises, perd patience. On le met au fauteuil avec une contention. Il tire sur ses liens et pousse quelques cris. L'infirmière finit par appeler le médecin traitant en fin d'après-midi et lui décrit un patient agité, presque agressif, qu'il faut attacher car il risque de chuter. Le médecin ne se déplace pas et prescrit un EQUANIL 400 par téléphone. Dans la nuit, Monsieur Martin, fait une chute dans sa chambre. Le médecin de garde, qui ne le connaît pas, et ne trouve aucune transmission concernant ce patient, l'envoie aux urgences. Il y reste sept heures sur un brancard…

un personnel troublé

une chaîne causale catastrophique

La comparaison des deux situations est sans doute caricaturale, mais elle démontre l'importance de ce que nous disions dans la première partie : l'obser-

une bonne coordination interne

vation (ne jamais banaliser) et les prises de décisions des agents de terrain. Dans le premier cas, la transmission se fait de façon optimale (aide-soignante vers l'infirmière, qui prend le problème au sérieux et fait un diagnostic infirmier, transmission rapide au médecin traitant, richesse du dossier médical…). Notons que dans ce cas précis, l'infirmière connaît ses adages gériatriques. Elle a trouvé le (a)-problème somatique concernant un trouble du comportement inhabituel chez un dément.

ou une dissolution de la responsabilité...

La seconde situation amène peu de commentaires. À qui la faute ? À personne ! Au dysfonctionnement global d'un système défaillant. Dans ce cas, les conséquences pour le résident peuvent être tragiques, car chaque nœud entraîne une spirale dans l'aggravation (l'aide-soignante peu observatrice, l'infirmière pressée, le médecin iatrogénique, le service des urgences débordé…).

PATHOS fait aussi la différence

On peut aussi démontrer à travers ce cas en quoi PATHOS fait une nette différence dans la prise en charge. Dans le premier cas, le personnel a conscience que le résident est atteint. Ou du moins que le doute est grand. En effet, une pneumopathie fébrile est suspectée (codage DG ou T2 selon le cas ; T2 si l'antibiothérapie est initiée, DG si le médecin attend les résultats des examens prescrits), un trouble du comportement (la famille à l'habitude, chez ce résident, de se précipiter avec empathie, donc P2), et en consultant le dossier, des fausses-routes répétées récentes ont été relevées (à l'origine d'une pneumopathie de déglutition ?). On peut aussi coder T2 à syndrome digestif haut.

Dans le second cas, le personnel ne fait aucun diagnostic. La contention n'est pas empathique (pas de P2). Tout ce que l'on peut coder, c'est un S1 pour l'EQUANIL (code 14 : troubles du comportement). C'est le minimum syndical.

Et pourtant, c'est le même patient…

II. Le facteur temps

Quid des médecins généralistes ?

Outre les personnels de l'EHPAD et leur bonne coordination interne, on peut se demander comment procéder avec les médecins généralistes.

notion de zone focale

Quand le médecin se déplace, il a besoin d'une « zone focale[1] » où son action thérapeutique puisse s'exercer. En effet, sa pratique médicale est centrée sur la maladie, alors que la prise en soins de l'EHPAD est plus globale, centrée sur le patient. Pour agir de façon efficace, l'omnipraticien a besoin de s'identifier au problème du résident en évitant l'identification projective, c'est-à-dire de projeter ses propres problèmes sur la situation. Or, comme il est souvent pressé, s'il manque d'éléments pour juger (en clair, s'il n'est pas aidé), il pro-

1. Nous empruntons l'expression à Enid Balint, dont la lecture de l'ouvrage, **Six minutes par patients - interactions en consultations de médecine générale**, est chaudement recommandée. *Editions Payot. 1976.*

jettera facilement « une fausse problématique » sur le patient.
Dans l'exemple de Monsieur Martin, le médecin a été amené dans le premier cas sur une zone focale qui lui a permis d'établir une hypothèse judicieuse. Dans le second cas, il a écourté le problème en tombant dans le piège de la « pensée-médicament ». Ayant trop peu d'éléments à sa disposition, il a donné une « forme » à « l'informe ».
Parce qu'il ne peut se permettre que des passages ponctuels à l'EHPAD, le médecin traitant réalise une somme d'interventions à court terme (comme le renouvellement d'ordonnance, les visites programmées). C'est le médecin coordonnateur et son équipe soignante qui mettent en place le projet de soin à long terme. Bien entendu, ils le font en informant et en obtenant l'accord du médecin traitant. On ne comprend pas bien la nature de certains conflits à ce niveau, car les deux démarches sont complémentaires ! En effet, le médecin généraliste a besoin d'une médecine « par poteaux indicateurs », fléchée par l'équipe soignante de l'EHPAD. Et inversement, l'équipe soignante a besoin d'un médecin généraliste attentif et disponible. Il le sera d'autant plus que la guidance de l'EHPAD accroîtra son professionnalisme.

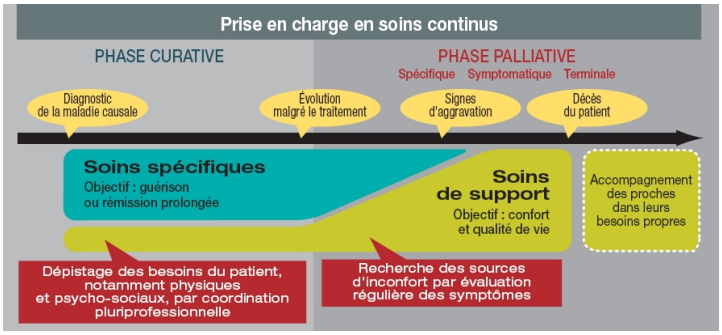
une médecine par "poteaux indicateurs"

III. Thésaurus PATHOS

A. Les soins terminaux

Mais quand commencent les soins palliatifs en gériatrie ? En fait, très tôt dans la prise en charge des résidents, dès leur admission pourrait-on affirmer en grossissant le trait, car s'ils n'avaient pas de problèmes médicaux difficiles à prendre en charge à domicile, ils seraient probablement restés chez eux (c'est de plus en plus vrai, puisque les soins à domicile se développent et que l'on parle d'institutions pour personnes âgées dépendantes). Cependant, cette partie palliative est proportionnellement moindre que les soins curatifs au début (et souhaitons-le longtemps). C'est quand elle devient prépondérante que la situation palliative devient évidente. Dès que les traitements habituels doivent être remis en cause, qu'il n'y a pas ou plus de traitements spécifiques de la maladie causale que l'on sait mortelle et parvenue à un stade avancé, on parle de phase terminale et c'est dans ce cadre qu'une cotation spécifique PATHOS est possible. En gériatrie, c'est souvent quand le patient ne s'alimente plus (ou trop peu), déglutit mal et ne boit plus, ne quitte plus son lit (« les vieux se couchent pour

bien documenter les situations palliatives



Ref : Revue du Praticien. N°6. Juin 2009.

mourir ») avec une conscience altérée...
Si un projet de soins palliatifs actif est nécessaire, son déroulé doit être inscrit (et l'évolution de l'état du patient décrite). Il faut faire apparaître que la situation est validée en équipe, que la famille est informée, la pathologie en cause désignée. Deux éléments doivent être particulièrement tracés : la prise en charge d'accompagnement (psychothérapie du patient et de sa famille avec les dates) et les traitements (antalgiques, anxiolytiques, perfusions, soins de bouches, aspirations, massages, pansements, etc…). Bien faire ressortir les prescriptions anticipées personnalisées. Tous ces éléments permettront un codage M1 (et aucun autre) à ce résident si telle est sa situation le jour de la coupe PATHOS. Pour les soins palliatifs plus légers, de confort, un codage M2 est possible. Il faut poser le pronostic ; inscrire « pas d'obstination déraisonnable » (si le médecin le décide avec la famille), écrire les perfusions sous-cutanées, les soins de bouche, l'installation du patient, ses éventuelles douleurs (échelles d'hétéro-évaluation ECPA, DOLOPLUS), les traitements utiles. Les cas de situations cancérologiques clairement palliatives avec traitements spécifiques (chimio, radiothérapie) peuvent se coder M1.

B. La pathologie psychogériatrique (démences, troubles du comportement, dépression, anxiété, symptômes psychotiques)

le déni en gériatrie...

Les syndromes démentiels et apparentés sont fréquents et souvent… mal soignés. Leur réalité est même déniée. En effet, il est plus confortable de ne pas voir que d'affronter. Le déni est un mécanisme de défense fréquent en gériatrie et consiste simplement à attribuer à l'âge ce qui relève de la maladie. Le dément est un vieillard gâteux, le dépressif un caractériel, le délirant un vieux fou… Ces symptômes anormaux, qui traduisent un trouble, sont des facteurs de risque d'entrée en EHPAD, car ils restent longtemps négligés. Les troubles psycho-affectifs ou démentiels finissent pourtant (après une longue évolution) par exaspérer, jusqu'au jour où le patient est propulsé dans le circuit hospitalier depuis son domicile (l'entourage et le médecin traitant attendant « la bonne occasion »). Comme la bille du billard électrique, le parcours est long et imprévisible ou plus court, émaillé d'une décompensation en cascade et d'un « tilt ». Souvent, le patient va régresser et se présenter à l'EHPAD dans de mauvaises conditions.

difficile parcours hospitalier

Il faut que le médecin coordonnateur reste lucide. Le diagnostic étiologique de ces patients est toujours douteux, leur fragilité cognitive ou affective, après un tel parcours, a forcément produit des symptômes qui peuvent s'améliorer. L'EHPAD, s'il n'est pas contraignant, permet au résident de resynchroniser son énergie interne, car c'est un lieu de vie. Après l'accélération et la douche

froide de la cascade, l'embarcation se stabilise sur un lac d'huile sous un soleil serein. Le patient a quitté les couloirs blancs du laboratoire hospitalier pour le milieu naturel de l'EHPAD et c'est tant mieux. Il faut aussi se souvenir que la régression et l'abrasion des troubles de comportement ont été obtenues à l'hôpital au prix d'une médication psychotrope puissante. Elle devra être remise en question.

remettre en cause les traitements psychotropes

Le rôle du médecin coordonnateur, dans le cadre de ces pathologies, est central. Tout le poids de la prise en charge longitudinale repose sur ses épaules et il faut se souvenir que soigner les pathologies dégénératives relève des soins palliatifs. Les objectifs en sont la limitation maximale de la souffrance (physique, psychique, spirituelle).

Le médecin coordonnateur, s'il veut réussir ce défi (70 % de ses résidents en EHPAD sont déments) doit travailler sur trois axes :

1. Il doit évaluer ou faire diagnostiquer tous les résidents qui ont des difficultés cognitives. Ils doivent au minimum avoir un MMS réalisé dans de bonnes conditions. Mais cela ne suffit pas. Toutes les sphères doivent être explorées en profondeur : la cognition, le comportement, la personnalité antérieure, l'humeur, le sommeil, l'appétit, la sexualité, les interactions familiales, l'impact de l'environnement. Le médecin coordonnateur, avec l'accord du médecin traitant, peut avoir recours à une consultation gériatrique spécialisée pour réaliser ce travail. Un diagnostic étiologique fiable doit être posé (ne pas se contenter de « l'étiquette initiale ») et les traitements adaptés. En clair, après un temps d'observation suffisamment long dans la structure, le dossier du résident doit être étayé par une évaluation gérontologique globale. C'est la profondeur du diagnostic qui fait la différence.

importance de la qualité de l'évaluation

2. La seconde étape consiste à travailler sur les représentations du personnel soignant. Sur ce point, le médecin coordonnateur doit apprendre à persuader, dans un esprit didactique et de vulgarisation scientifique.

les représentations sociales de la démence

Les résidents déments sont inquiétants. Il faut les voir comme « des véhicules roulant avec un pare-brise brisé ». Le pare-excitation, instance cognitive située à la périphérie de leur système psychique, ne fonctionne plus. Les stimuli extérieurs sont une source d'excitation irrépressible. Cette énergie externe, mal contrôlée, subie, sera convertie en pulsion qui peut se décharger sous la forme de troubles du comportement. Les personnels de l'EHPAD doivent le comprendre. Outre les conflits externes, le dément vit aussi des conflits internes intenses. Son moi se fragmente et se dilue (psycholyse). Il a une image dévalorisée de lui-même et se déprime facilement. Il va également exprimer cette énergie négative par des troubles du comportement, mais sur un versant psychiatrique (anxiété, dépression, délire).

L'attitude des soignants est fondamentale. Pour avoir une réactivité adéquate, les personnels ont besoin de représentations positives du dément. Or, sponta-

nément, ces représentations positives n'existent pas[1]. Au contraire, les soignants, dotés de leur propre pare-excitation, l'activent face à « ce dément qui fait peur ». Cela permet de se protéger, mais limite la qualité des contacts, réduit la réalité à une vision filtrée et confortable, dont il ne peut pas sortir de prise en soin satisfaisante. Pour que les agents lèvent cette défense, il faut une mise en confiance, montrer qui est le dément : un ami humain qui est malade.

les soignants se protègent

Le médecin coordonnateur, fort de la profondeur de son diagnostic et de son savoir, doit faire un récit de l'intimité du résident. Il brossera son portrait en réunion, au fur et à mesure qu'il le découvrira, afin de l'humaniser et d'en donner une représentation positive. Comme le dit le professeur Ploton : « la modification de notre regard (de nos représentations), qui surdétermine nos conduites, permet la mise en œuvre d'alternatives et un changement d'attitude. L'important, ce n'est pas ce qu'il faudrait faire, mais ce que nous pensons. »

Chaque histoire singulière (un dément = une trajectoire) viendra s'impacter sur la précédente pour faire évoluer les représentations du concept de démence. Mais attention ! Si le médecin coordonnateur est convaincant (en parole et en acte), au fur et à mesure que les personnels vont lever leur pare-excitation pour se livrer à l'empathie, à la sollicitude et à l'authenticité de la relation, ils vont devenir très fragiles. Ils subiront des attaques à la pensée, car se confronter avec amour aux perturbations psychiques de l'autre, c'est prendre le risque d'absorber son marasme chaotique et devenir soi-même fou[2]. Pour réussir, il faut pouvoir prendre de la distance, compter sur la solidarité de l'équipe, oser exprimer son désarroi et sa propre agressivité, se sublimer (mettre un sens symbolique à son action de soignant). Cela passe par des réunions, où la présence d'un psychologue permettra l'expression d'une abréaction collective.

... et deviennent fragiles

3. La dernière étape consiste à écrire le projet de soin personnalisé du résident. Il viendra à la suite de l'étape 1 et 2. Nous en avons déjà signalé l'objectif : une limitation maximale de la souffrance d'une personne dont on sait que l'encéphale subit une dégénérescence inéluctable. Le projet évoluera avec la maladie et il sera bon de faire le point à intervalle défini (par exemple tous les 6 mois) afin de réévaluer la situation et adapter les objectifs de soins.

les réunions qui sauvent

Ceux-ci vont comporter deux volets thérapeutiques : les médicaments et un accompagnement relationnel ciblé.

Rappelons que les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (les anticholinestérasiques) sont utiles. Que certains résidents, dits répondeurs, en tirent un bénéfice substantiel. Ces médicaments ont un effet « éveillant » et réduisent, quand ils sont bien tolérés, le nombre et l'intensité des troubles du comportement inhérents à la maladie (apathie, agitation, troubles du compor-

le volet thérapeutique de la prise en charge

1. **BRETHES C.** (2008), Représentations des démences chez le personnel soignant en EHPAD, *La Revue de gériatrie*, 23, 3 : 183-193.

2. **SEARLES H**, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Folio Essais, Gallimard, 2003.

tement moteur…). Par contre, les neuroleptiques n'ont qu'un intérêt ponctuel, ainsi que les benzodiazépines (savoir les arrêter après quelques semaines de traitement efficace pour éviter les effets indésirables). Repérer une dépression surajoutée permettra l'utilisation bénéfique d'un anti-dépresseur. Il a va de même dans le cadre d'un trouble panique ou d'une anxiété généralisée.

Le volet psycho-relationnel, bien plus efficace que toute chimie, est incontournable. Mais il existe une grande disparité entre les EHPAD. Certains disposent d'une unité Alzheimer spécifique et d'autres non, de personnels spécialisés, alors que d'autres en sont totalement dépourvus. Quoi qu'il en soit, il faut s'efforcer de mettre en place des ateliers. Il en existe deux catégories.

Les ateliers occupationnels : travail manuel, chant, dessin, bricolage, jardinage, cuisine…

le volet relationnel

Les ateliers psychothérapeutiques sous forme de sociothérapie (ateliers par petits groupes de réminiscence le plus souvent). Les groupes sont formés sur prescription, dans un espace privilégié. Il n'y a pas de mise à l'épreuve, d'interprétation sauvage ou d'objectifs d'amélioration cognitive (illusoire). Constance des horaires et des lieux. Familles informées. Il faut un temps de debriefing après les groupes et un compte-rendu individuel (rendant compte de la participation active du résident) dans les dossiers.

D'une façon plus générale, tous les troubles du comportement doivent être tracés dans les dossiers (ne pas oublier le résident apathique) et la réactivité des soignants détaillée pour chacun d'entre-eux (par exemple, quand un résident anxieux a besoin d'écoute et de réassurance, le temps soignant doit être comptabilisé). Il est utile d'apprendre au personnel à utiliser des mots-clé : écoute, réassurance, médiatisation de conflits, apaisement, réconfort en chambre et mettre un temps de soin. Ex : résident anxieux, qui veut aller chercher sa fille à l'école. Ecoute, réminiscence. 15'

Après ce long développement, qu'en est-il de PATHOS dans ce cadre ?

Pour la démence, il faut que le diagnostic soit bien établi (lettre du spécialiste, traitements et suivi spécifiques). Si le MMS du patient est supérieur à 20 (ou 19 s'il n'a pas fait d'étude), un cotation P2 est possible si l'on inscrit dans le dossier que le résident peut participer à un atelier de stimulation cognitive (même si l'atelier n'est pas en place dans l'EHPAD). En dehors de ce cadre, donc quel que soit le MMS, tous les résidents pris en charge par un professionnel spécifique (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute) bénéficient du codage P2 (si la preuve écrite est bien présente dans le dossier). Il faut noter qu'une prescription médicale doit exister officiellement. Si le professionnel est employé par l'EHPAD, c'est le médecin coordonnateur qui prescrit (« prise en charge par le psychomotricien en atelier ») ; si c'est un libéral (comme une orthophoniste par exemple), c'est le médecin généraliste qui doit faire l'ordonnance.

dans PATHOS, mettre des P2 partout où l'on peut

Les EHPAD qui disposent d'une unité Alzheimer doivent pouvoir coter un P2 à chacun des résidents de l'unité, sauf s'ils ne participent pas tous à des ateliers (par exemple parce qu'ils sont trop dégradés sur le plan cognitif). Quant aux animations plus classiques en EHPAD, elles ne doivent généralement pas donner lieu à des codages P2. En effet, PATHOS se réfère à des prises en charge individuelles, pas collectives. L'animatrice de l'EHPAD va prendre indifféremment dans ses groupes des déments et des non-déments et il est normal de ne pas considérer ces temps comme des prises en charge spécifiques. Par contre, il nous semble que si l'animatrice ne cible que des déments, sur de petits groupes et dans le cadre d'un pilotage médical, des codages P2 sont possibles. Dans ce cas, même si les animations ne portent que sur des activités occupationnelles, elles répondent à un objectif de réhabilitation, notamment en ce qui concerne la mémoire procédurale. Bien l'expliquer dans les dossiers.
Pour les troubles du comportement, c'est souvent le codage P2 qu'il faut porter. Le trouble du comportement doit correspondre à la pathologie causale qui devra toujours être cotée également (et ce n'est pas forcément l'item démence. Par exemple AVC si c'est une démence vasculaire, maladie de parkinson s'il s'agit d'elle, syndromes abdominaux si c'est un fécalome…). Le plus souvent, on met donc S1 à la pathologie causale (si elle est traitée par un ou des médicaments) et P2 au trouble du comportement gênant. Le P2 ne se justifie que si une prise en charge d'équipe apparaît dans le dossier (patient qui occupe, qu'il faut rassurer, qui nécessite la mise en œuvre de prescriptions anticipées personnalisées). Il s'agit le plus souvent d'un état d'agitation, mais la tonification d'un apathique est aussi valable !
Coter un P1 est-il possible ? P1 signifiant : appel au psychiatre. La réponse est oui, si le patient est particulièrement agité et agressif, qu'il faut appeler le psychiatre de secteur ou un psychogériatre (inscrire l'appel dans le dossier) ou en passer par une injection IM. Ce P1 peut perdurer plusieurs jours (= situation de crise) si les prescriptions sont rapprochées et la prise en charge relationnelle particulièrement prenante. Il est donc possible de le coter le jour de la coupe PATHOS. Le piège qu'il faut éviter concerne les déambulants. Le déambulant tranquille, qui ne participe pas aux ateliers et ne perturbe personne se cote S1. C'est le déambulant perturbateur que l'on cote P2. Enfin, les troubles du sommeil sont fréquents chez le dément. Les personnels de nuit qui sont sollicités pour calmer les insomniaques doivent tracer leurs interventions. Car cela se cote P2 à troubles du comportement…

Aparté sur le syndrome confusionnel aigu ou confusion mentale ou délirium : il fait l'objet d'un codage PATHOS dans la section neurologie (code 13). Il peut survenir de surcroît à un syndrome démentiel, quand le résident « n'est pas comme d'habitude, bizarre », selon les termes employés par le personnel. C'est une alerte qu'il faut toujours prendre en considération, car

l'œil du détective soignant, au plus près du malade, ne se trompe que rarement. Pour que l'alerte soit rationalisée dans le dossier, il est profitable d'utiliser la CAM (Confusion Assessment Method) comme outils de repérage[1]. C'est un instrument validé par des infirmières canadiennes en utilisation courante. Il faut évaluer les quatre items de la confusion :

1. Début soudain et fluctuation des symptômes. C'est quand le patient est bien à 10h, somnole à 13h, s'agite à 17h, etc…
2. Inattention (maintien de l'attention difficile, distraction subite, fluctuations au cours de l'entretien). C'est quand on a du mal à capter le patient, à soutenir avec lui une conversation. Il a le regard voilé, hébété et il est dispersé.
3. Désorganisation de la pensée (propos inappropriés, fluence verbale augmentée). Le patient dit n'importe quoi, fait des coqs à l'âne, ne répond pas aux questions. Même s'il est dément, ce n'est pas dans ses habitudes…
4. Altération de l'état de conscience (cela va de l'hyperactivité agitée au coma). En gros, le patient est soit plus léthargique, soit plus excité que d'habitude. Soit les deux en alternance dans la même journée.

la confusion mentale et intérêt de la CAM

On peut par cette méthode affirmer la réalité de la confusion si l'item 1+2+3 et/ou 4 sont bien présents.

Que faire à partir de là ? Rechercher une cause intercurrente à l'origine de la confusion (la plus évidente étant la cause iatrogénique qu'il faut éliminer en premier). Soit on le fait sur place et on cotera un DG (bilan de première intention : NFS, plaquettes, ionosang, urée, créatinine, glycémie, calcémie, ECBU +/- ECG), soit on adressera le patient à l'hôpital (urgence médicale : 35% de mortalité). Si le patient est pris en charge à l'EHPAD avec une confusion agitée qui nécessite une surveillance étroite et des ajustements thérapeutiques serrés, un T1 peut se concevoir dans la suite du DG.

1. Lire : http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Perspective/vol3no1/12_22.pdf

C. Problèmes neurologiques

1. Malaises, vertiges, pertes de conscience brèves, chutes

un malaise doit faire penser à l'hypotension orthostatique...

Les malaises vont inquiéter ou non. Un malaise vagal post-prandial est banal et souvent sans grande signification. Mais le contexte, l'intensité et la répétition des malaises doivent donner l'alerte. On recherchera une cause iatrogénique (comme toujours) et une hypotension orthostatique. Si cette dernière est patente et nécessite un allégement du traitement anti-hypertenseur, une surveillance plus régulière de la TA et le port de bas de contention, on cotera S1 à l'item Hypotension orthostatique (dans Pathologies cardiaques). Si l'hypotension est difficile à équilibrer (par exemple dans le cadre d'une dysautonomie parkinsonienne) et ne met pas à l'abri des malaises, on maintiendra un T2 sur l'item malaises. En effet, il n'est pas possible de coder un T2 à hypotension. Il arrive très rarement que la chute de tension soit liée à un choc hypovolémique sur déshydratation. Il faudra réhydrater vigoureusement en IV et mettre en T2 à l'item Troubles de l'hydratation (et se poser la question comment on a pu en arriver là ?…). Mais soyons honnêtes, en dehors de quelques cas de figure simples (encore faut-il y penser), tout malaise sérieux doit être exploré à l'hôpital (trouble de la conduction, du rythme cardiaque ?). Si le médecin traitant se lance dans une recherche étiologique à l'EHPAD (prise de sang, examens d'imagerie, RDV chez le spécialiste…), un codage DG est requis.

mais une hospitalisation est souvent incontournable

Le cas des chutes est spécial. Elles sont fréquentes et signent une fragilité. Leurs conséquences sont souvent graves (fractures, trouble psychologique). Il est impératif de mettre en place un système de surveillance des chutes par fiches (description et analyse). En dehors d'une exploration étiologique DG des chutes à répétition (bilan ophtalmologique, ORL, problème iatrogène...), un codage R2 est envisageable dans le cadre d'une rééducation à la marche (prescription de kiné : « exercices d'équilibre, de mobilité et de renforcement musculaire »). Par ailleurs, le syndrome post-chute, qui est cette anxiété du lever qui paralyse, rend le résident trémulant et raide comme un passe-lacet, autorise, en plus du R2, un P2 à l'item Anxiété, à condition que la situation soit bien dépistée et décrite dans le dossier (noter l'avis et le suivi du psychologue) ; l'accompagnement d'équipe mis en place est tracé… (on ne le répètera jamais assez). De façon anecdotique (mais non impossible), les « chutes/symptôme psychiatrique » existent aussi (hystérie, psychose avec auto-mutilation, idéation suicidaire, etc…), ce qui peut demander un avis et suivi psy (codage P1).

les chutes se rééduquent et s'accompagnent d'une psychothérapie

2. Les accidents vasculaires cérébraux

deux contextes différents pour les AVC

La moyenne d'âge en EHPAD est de 85 ans et les vieux ont l'âge de leurs artères… les AVC sont donc habituels et précipitent souvent des situations déjà

précaires. Sans vouloir caricaturer, on rencontre deux contextes distincts : l'AVC qui survient comme un coup de tonnerre chez une personne plutôt valide, rendant l'hospitalisation incontournable, et l'AVC qui complique une situation polypathologique déjà avancée (dans le cadre d'une grabatisation installée), ce qui hâtera, notamment par le biais de troubles de la déglutition, la fin de vie (codage M1 ou M2). On peut d'ailleurs se poser la question de l'intérêt d'hospitaliser ces patients déjà mal en point, au risque de leur nuire (méfions-nous de l'alimentation entérale déraisonnable).

À son retour à l'EHPAD, dans les six mois qui suivent, un codage R2 de rééducation kiné (si c'est utile chez un résident volontaire) est possible. S'il y a à la fois kiné et orthophonie, on codera R1. À noter que les AVC anciens, qui ne bénéficient que d'une kiné d'entretien d'appoint ne relèvent pas d'un codage R2 mais S1. Les rétractions ultimes sont codables R2 (à état grabataire) si le bénéfice est démontrable ou en neurologie (AVC) s'il existe des douleurs avec prise en charge (massage, antalgiques, antispastiques, S1 ou T2).

3. Les syndromes parkinsoniens

Ils sont fréquents en EHPAD, parfois non diagnostiqués. Une authentique maladie de Parkinson peut apparaître après 80 ans, mais ce sont évidemment les traitements neuroleptiques antérieurs qui fournissent le gros des troupes (avec les fameuses dyskinésies tardives en prime), ainsi que certaines formes de démence, comme la démence à corps de Lewy.

Dans le cadre d'un parkinson-maladie, c'est-à-dire pur, sans troubles cognitifs, diagnostiqué et traité, tant que le patient est debout (GIR 2 et GIR3), une rééducation R2 est obligatoire (même si elle n'est pas mise en place dans l'EHPAD, elle se justifie). Bien l'expliquer dans le dossier pour appliquer le codage. Au stade avancé de la maladie, au moment où le traitement devient lourd, difficile à manipuler, avec des périodes on-off et des prescriptions anticipées personnalisées, mettre un codage T2 (l'implication de l'équipe dans la prise en charge des troubles moteurs doit bien ressortir). Par ailleurs, ce qui est valable pour les AVC et les démences, en phase terminale de la maladie, la dénutrition et les fausses-routes ne sont pas rares (voir chapitre pathologies liées à la nutrition).

un parkinsonien debout = R2

4. Épilepsie

On ne mettra un T2 qu'en période d'équilibration d'un traitement anti-épileptique récemment introduit ou modifié, avec +/- surveillance biologique (ex : dépakinémie).

D. Problèmes cardiaques

Ils sont répandus et souvent atypiques chez le sujet âgé. La belle sémiologie de l'étudiant, qu'il ne faut pourtant pas jeter aux oubliettes, est souvent inopé-

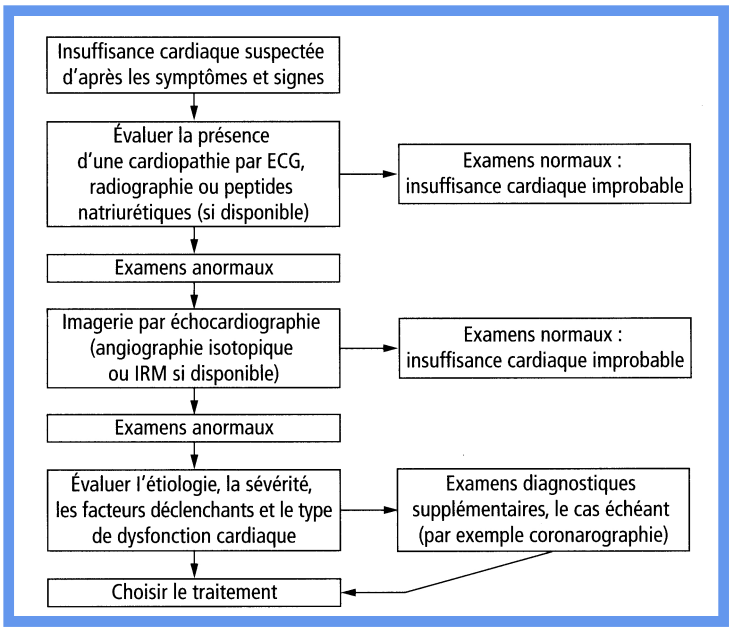
fréquence et atypie des affections cardiaques

rante (masque digestif des problèmes coronaires, non-significativité des crépitants, OMI de stase et non d'insuffisance cardiaque, etc…). Bref, on fait autant de diagnostics par excès que d'omissions. La règle à retenir, c'est que dans le cadre de comorbidités nombreuses, le volet cardiaque est souvent présent et avance masqué. Face à un résident qui a « une sale tête », observer et toujours s'interroger : et si c'était le cœur ? La cardiogériatrie connaît un développement majeur de nos jours. C'est une spécialité qui possède son traité[1].

l'insuffisance cardiaque, pathologie phare

1. L'insuffisance cardiaque

C'est LA pathologie à débusquer. Mais les signes sont peu spécifiques et trompeurs. Y penser en cas de dyspnée nocturne sifflante (asthme cardiaque) +++, de somnolence, de confusion, d'asthénie, de prise de poids rapide, d'oligurie diurne et de nycturie, en cas d'oedèmes lombaires chez l'alité. Inversement, devant des OMI, ne pas sauter sur ses diurétiques : c'est souvent autre chose, lymphoedème, insuffisance veineuse, hépatique, anémie, malnutrition, syndrome néphrotique, inhibiteurs calciques. Attention de ne pas « essorer » un patient en se trompant de cible (la déshydratation et l'hypovolémie, c'est aussi dangereux). De même, la tachycardie manque souvent, les râles crépitants sont à rechercher mais à relativiser. Le moindre doute doit profiter au patient et il faut documenter une insuffisance cardiaque chronique pour améliorer la prise en charge, la qualité de vie et diminuer les hospitalisations. Pour ce faire, suivre l'algorithme simple de la société européenne de cardiologie, qui peut être réalisé pour partie à l'EHPAD.



Algorithme diagnostique de l'insuffisance cardiaque

Le diagnostic formel doit être établi par un cardiologue pour organiser le suivi (NB : l'insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée est fréquente et difficile à diagnostiquer, même à l'echocoeur). Il faut connaître le retentissement (ECG, RP), avoir des biologies dans le dossier (ionogrammes de surveillance, clairance de la créatinine +++, niveau d'hémoglobine car anémie = risque de décompensation aiguë, albumine). Désormais, on peut facilement doser le peptide natriurétique en ville (BNP). Quand le taux est supérieur à 300, l'insuffisance cardiaque est très probable.

coder T2 à l'item insuffisance cardiaque

Une fois le diagnostic établi, et si le retentissement au long cours est dé-

1. **Traité de médecine cardiovasculaire du sujet âgé.** *Médecine – Sciences – Flammarion.* 2007.

montrable (bien décrire la situation clinique du résident), un codage PATHOS T2 est possible. Il faut réaliser une courbe de poids dans le dossier avec deux pesées par semaine. Une augmentation de 2-3 kg doit alerter et faire augmenter les diurétiques. Au contraire, une perte de poids en l'absence d'œdème peut indiquer une déshydratation (trop de diurétiques) ou une dénutrition, qui survient au stade avancé de la maladie (intérêt du dosage de l'albumine). Un monitorage de la « sthénicité » du résident doit aussi être effectué (ex : « résident fatigué aujourd'hui ; réduction d'activité et s'essouffle facilement ; surveillance diurèse et TA plus étroite… »), l'historique des réadaptations thérapeutiques doit bien apparaître (augmentation des diurétiques), ainsi que les surveillances biologiques (ionos de contrôle), voire les mesures diététiques (restriction hydrique en période féconde). Un maintien d'une activité physique maximale est nécessaire et doit être pointé dans le dossier (action stimulante du personnel). Même si la situation est stabilisée, il faut mettre un T2 car la stabilisation est obtenue au prix d'une surveillance étroite (on parle ici d'insuffisance cardiaque chronique sévère, stade 3).

2. Coronaropathie

En tant que tels, les syndromes coronariens aigus (douleur thoracique) vont générer une hospitalisation. S'ils participent d'une insuffisance cardiaque chronique, on codera T2 à insuffisance cardiaque et S1 à coronaropathie.

3. HTA

Le plus souvent il s'agit d'une simple surveillance d'un traitement anti-hypertenseur (S1). Dans les rares cas où une réadaptation thérapeutique est en cours (introduction d'un nouveau traitement) avec surveillance ambulatoire plus étroite (règle des 3 : trois mesures matin, trois mesures soir pendant 3 jours, en position assise), un codage T2 est envisageable.

4. Troubles du rythme, phlébite, embolie

De ce cadre également, la simple surveillance d'un traitement anticoagulant (TP,INR mensuel et stable) se code S1. Dans les phases d'adaptation thérapeutique (relais HBPM-AVK) ou en cas de traitement instable (changement de dosage des AVK fréquent du fait d'INR erratiques) un T2 est possible (à condition de bien le justifier dans le dossier). Si un trouble du rythme chronique favorise des décompensations cardiaques, on portera, comme d'habitude, un T2 à l'item insuffisance cardiaque.

NB : le cas des plaies ou amputations pour artérite peut être codé en CH selon l'importance des pansements.

Rappelons enfin que les périodes caniculaires doivent inciter à la révision momentanée des traitements chroniques à visée cardiaque (c'est aussi valable pour les psychotropes). En effet, en cas de coup de chaleur, certains traitements deviennent rapidement toxiques (digoxine, diurétiques, IEC, etc…). Une réflexion concertée avec le médecin traitant est fortement conseillée (plan bleu).

revoir les traitements quand il fait chaud...

Sepsis et pathologies connexes

Avez-vous pensé au sepsis aujourd'hui ?

Le sepsis est un accident pathologique menaçant, mais accessible si le diagnostic est évoqué précocement. Les formes paucisymptomatiques sont répandues et trompeuses. La fièvre est absente dans 30 % des cas. Un alitement est souvent nécessaire (le plus bref possible) et il faut penser aux mesures préventives. Il faut noter que les maladies infectieuses en EHPAD ne sont ni nosocomiales (hôpital), ni communautaires (domicile) mais intermédiaires… Donc avec des germes assez embêtants quand même.

Quand évoquer un sepsis ? Devant une confusion mentale (même isolée ; 77 % des confusions en EHPAD sont d'origine infectieuse !), une chute, une incontinence urinaire inhabituelle, une anorexie, un amaigrissement. Quelques astuces : un patient qui perd brutalement son autonomie (asthénie intense) ou un grabataire qui somnole plus que d'habitude, est souvent infecté. S'il ne l'est pas, la déshydratation est en cause, à moins qu'il ne soit infecté et déshydraté ! Les soignants peuvent sans hésiter ajouter un adage dans leur escarcelle : l'infection doit être suspectée devant toute modification de l'état clinique du sujet âgé, avec ou sans fièvre[1]. Autre astuce (d'expérience empirique mais réelle), en présence d'un collapsus isolé (mode d'entrée d'un choc septique en préparation), sortir sa ROCEPHINE IM avant même d'attendre les examens complémentaires. Penser aussi au saignement occulte.

un patient qui ne va pas bien, même sans fièvre...

Il faut avoir le bilan facile (convaincre le médecin traitant de son utilité +++), d'autant qu'il existe un dosage précieux à ne jamais omettre : la CRP (véritable dieu tutélaire du gériatre). Une CRP aux alentours de 30 évoquera plutôt une origine urinaire ; aux alentours de 80 et au-delà, une pneumopathie (mais c'est le point d'appel clinique qui orientera le mieux). Attention à quelques pièges : une escarre, même non-infectée, fait monter la CRP ; la résorption des hématomes, les cancers, les hémopathies, les infarctus, les phlébites, aussi. Les CRP et VS élevées peuvent également orienter vers certaines maladies inflammatoires (maladie de Horton). Le bilan standard en cas de suspicion de sepsis en EHPAD : NFS, CRP, ECBU. A l'hôpital, on rajoute hémocultures et RP. Les prélèvements bactério sont souvent décevants. L'hyperleucocytose absente dans 40 % des cas (l'immunité du vieillard n'étant pas fracassante). Bref, c'est la CRP qui donnera la clé et dès qu'elle est anormalement élevée chez un patient qui ne va pas bien, il faut dégainer l'antibiotique (adage donc : en cas de CRP élevée, l'antibiotique, c'est automatique…). Quels produits ? Quand les signes orientent vers les poumons : AUGMENTIN per os et en seconde intention la ROCEPHINE S/C ou IM (en premier si problèmes de déglutition). Si allergie : KETEK ou TAVANIC. Il faut taper fort ? Oui toujours, et assez longtemps. Et traquer les mycoses qui

Valeur de la CRP

Avoir l'antibiothérapie facile

1. Conduites à tenir dans les infections du sujet âgé. Veyssier P, Belmin J. *Masson*. 2004.

quelques conseils pratiques concernant les sepsis

suivent (candidoses buccales). Quand les signes orientent vers les urines : CIFLOX per os ou ROCEPHINE, adapté secondairement à l'ECBU. Rappelons qu'une BU négative dispense de l'ECBU. En cas de point d'appel, il est licite de réaliser un sondage évacuateur au résident incontinent pour le prélèvement (en prenant des mesures d'antisepsie strictes pour le geste). Une infection sur sonde à demeure se traite... par le mépris. Sauf s'il existe des signes associés : altération de l'état général, fièvre, douleurs abdominales. Dans ce cas : ECBU, changement de sonde et antibiotiques. Il faut surtout qu'en rythme de croisière, le patient reste bien hydraté et que la sonde soit changé toutes les 4 semaines. Rappelons aussi qu'il est souvent possible de sevrer une femme de sa sonde urinaire (à distance d'un AVC le plus souvent). Il vaut mieux en effet être incontinent que sondé. Chez l'homme, c'est plus compliqué, à cause de cette fichue prostate !

Si au bout de 72h, dans le cadre de n'importe quel sepsis, la CRP ne baisse pas et que le résident ne va pas mieux : hospitaliser.

À quelles infections a-t-on affaire ? Dans l'ordre de fréquence : urinaires, pulmonaires (plus graves), cutanées. On pensera à la cholécystite en cas de douleur abdominale droite ; à la sigmoïdite en cas de douleur abdominale gauche. Toute altération de l'état général avec toux persistante doit faire évoquer la tuberculose (RP + IDR). Les méningites sont rares, mais les signes sont les mêmes que chez le jeune (attention à la redoutable méningo-encéphalite herpétique). Si doute, hospitaliser pour PL.

En ce qui concerne PATHOS, les sepsis vont être codables en fonction des localisations. À l'item syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliquée, on mettra un DG pendant la période de recherche étiologique (documenter le dossier). On peut coder un T2 à syndromes infectieux généraux si une infection sévère est suspectée et un traitement antibiotique engagé (même si l'étiologie reste obscure). Il faut évidemment donner les preuves de ce que l'on avance (patient atteint et alité, mesures préventives et surveillance rapprochée, CRP élevée, antibiothérapie parentérale…). Quand l'origine pulmonaire est probable, on cote T2 à l'item broncho-pleuro-pneumopathie. Il faut évidemment que l'infection soit sérieuse avec un patient qui reste en chambre. Une bronchite simple traitée par RULID (ou n'importe quoi d'autre) ne peut relever que d'un S1. Il faut noter que l'item insuffisance respiratoire se code S1 en cas d'oxygénothérapie en période stable. En cas d'exacerbation (antibiotiques, corticoïdes, aérosols, surveillance de la saturation plus étroite, augmentation du débit d'O2…) un codage T2 est requis. Chez le résident atteint de BPCO et sous extracteur d'oxygène au long cours, un T2 est possible si une surveillance de la saturation est faite régulièrement. Ne pas oublier que si le patient a besoin d'une kinésithérapie respiratoire, un codage R1 est licite, que le kiné vienne ou pas (dans ce cas, mettre le R1 à cet item, en expliquant

dans le dossier, et reporter le T2 à syndromes infectieux généraux). On met un T2 à syndromes infectieux locaux en cas de plaie ou d'escarre infectée (prélèvement avec présence d'un germe pathogène, signes infectieux locaux et généraux, antibiothérapie). On peut aussi coder un T2 sur une cholécystite si elle est traitée médicalement (chirurgie déraisonnable) à l'item pathologie hépatique. Il en va de même pour une sigmoïdite traitée sur place à l'EHPAD (syndromes abdominaux). Enfin, les infections urinaires basses peuvent être en DG en cas d'infections à répétition que l'on explore (écho vessie, prostate...). Dès que l'antiobiothérapie est lancée, c'est S1 (car c'est une cystite…).

un réflexe pavlovien : sepsis = dénutrition (et vice versa)

Ce qu'il faut garder en tête, c'est qu'un sepsis sévère et long va obligatoirement induire une dénutrition. Il faudra monitorer cette dernière, mettre en œuvre des mesures de renutrition active (dès le début et plusieurs semaines après), ce qui justifie un codage T2 à l'item dénutrition. Toujours, toujours, y penser. Sepsis = dénutrition (un adage de plus !).

F. Pathologies liées à la nutrition (dénutrition, déshydratation, diabète, fausses routes)

le niveau nutritionnel est un indicateur majeur

La dénutrition constitue l'élément clé du pronostic des sujets âgés. L'albuminémie est un facteur de risque indépendant pour la mortalité, toutes causes confondues. Il n'y a rien de plus certain en gériatrie : plus le taux d'albumine est bas, plus c'est mortel. En institution gériatrique, selon les études, 20 à 60 % des résidents sont dénutris.

L'HAS[1] a édité en janvier 2008 des recommandations. Le diagnostic de dénutrition est posé en cas d'un ou de plusieurs des critères suivants : amaigrissement >= 5% en 1 mois ou >= 10 % en 6 mois ; IMC < 21 ; albumine < 35 g/l.

connaître par coeur les critères de l'HAS

Elle est qualifiée de sévère si la perte de poids est >= 10 % en 1 mois ou >= 15 % en 6 mois ; IMC < 18 ; albumine < 30 g/l.

Rappelons quelques conséquences de la dénutrition : une AEG, une perte d'autonomie, des troubles psychiques (apathie-dépression), une fonte musculaire (sarcopénie, favorisant les chutes), des défenses immunitaires qui s'effondrent (risque de sepsis grave), des escarres, une augmentation de la toxicité médicamenteuse (hypoalbuminémie), et en dernière extrémité : la mort. Si nous insistons, c'est que la dénutrition est parfois négligée (représentation faussement rassurante du vieux qui mange moins, car il a moins de besoins). Au contraire, il faut s'en préoccuper constamment. Au risque de se répéter, la dénutrition tue aussi sûrement qu'une balle de revolver.

Quelle attitude à l'EHPAD ? Mettre l'alimentation et les temps de repas au centre des préoccupations (manger est certes un plaisir régressif ayant trait à l'oralité, mais c'est le dernier qui reste au vieillard, et les temps de repas collectifs doivent être un temps de rencontre et d'échanges conviviaux). Un moni-

1. Ref : HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

torage sérieux des quantités prises sera donc mis en place (des fiches peuvent être élaborées) et toute réduction sera signalée (rôle important de l'ASH). Si la perte d'appétit dure, une alerte d'équipe doit se déclencher pour en analyser la cause. En effet, une dénutrition se prend en charge à la fois sur ses causes et ses conséquences. La recherche étiologique va faire appel à la déesse CRP. Si elle est élevée, une cause endogène doit être recherchée et traitée (sepsis torpide, hyperthyroïdie, cancer, état inflammatoire, insuffisance cardiaque ou respiratoire). Il faut toujours évaluer l'état bucco-dentaire (s'il ne reste qu'une dent, ne pas l'arracher !), faire rebaser les appareils dentaires qui ne tiennent plus ou sont cassés, éradiquer les candidoses, donner les médicaments en fin de repas (car ils coupent l'appétit et altèrent le goût), dépister et traiter les dépressions masquées. En cas d'anémie carentielle (après élimination de toute autre étiologie d'anémie), donner du fer ; une supplémentation en vitamine D et calcium est souvent utile, ainsi qu'en vitamine C.

mesurer les apports en équipe et chercher les causes de perte d'appétit

Pour le traitement de la dénutrition en elle-même, cela dépend de la gravité, qui sera évaluée sur l'IMC (donc courbe de poids incontournable dans le dossier) et/ou sur le taux d'albumine (demander au médecin généraliste. À noter que l'albumine monte lentement en phase de renutrition active. Les contrôles sanguins ne se font que toutes les 3 semaines).

La prise en charge est ensuite graduée. Si la dénutrition est modérée (IMC > 18 et/ou albumine > 30), il faut mettre en place un régime enrichi et l'on cote S1 à l'item dénutrition dans PATHOS. Attention, il n'y a pas de recommandation scientifique pour introduire des compléments nutritionnels à ce stade ! En donner en routine ne sert à rien et coûte cher (ça ne vaut aucun T2). Il ne faut pas augmenter les rations, mais multiplier les prises (collation à 10h et 16h). Astuce pour enrichir : mettre de la poudre de lait (dans les yaourts, soupes, desserts, café…). Le fromage râpé est très bien aussi. La surveillance pluri-hebdomadaire doit apparaître dans le dossier (prise alimentaire, pesée plus fréquente).

le traitement est gradué et dépend de la sévérité de la dénutrition

Si le patient ne s'améliore pas, dans un second temps, on rajoute les compléments nutritionnels (FORTIMEL) et l'on côte T2 à dénutrition. Si la dénutrition est d'emblée sévère (IMC < 18 et/ou albumine < 30), il faut coder T2 et mettre en œuvre une renutrition agressive (enrichis + compléments). L'échec de cette renutrition fera discuter une hospitalisation. Il faut se souvenir que la renutrition doit être utile. On ne peut pas la justifier chez un patient déjà très altéré ou en fin de vie (pas de T2 possible). Tout sepsis est susceptible de provoquer une dénutrition : cette dernière sera prise automatiquement en charge en même temps, ce qui permettra un double codage T2 et surtout un meilleur rétablissement du patient (il doit impérativement retrouver son poids initial). Les résidents qui reviennent de l'hôpital ont perdu en moyenne 2 kg. Leur faire un bilan nutritionnel et agir.

dénutrition dans le cadre d'un sepsis : double codage T2

la déshydratation du vieillard est un lieu commun

La déshydratation va souvent de pair avec les problèmes nutritionnels : toute restriction d'apport alimentaire s'accompagne d'une restriction hydrique. Le trio qui assèche : apports insuffisants + diurétiques + hyperthermie. Le pli cutané est un bon signe pour le médecin entraîné qui le recherche dix fois par jour (TOC du gériatre qui arrive à distinguer un trouble hydrique d'une peau flétrie). La sècheresse buccale n'est pas fiable. En fait, les deux meilleurs signes sont la perte de poids et l'oligurie (les couches archi sèches de l'archiduchesse). Et puis le patient confus, somnolent, qui chute… Il faut donc, à l'instar de la suspicion de sepsis, avoir le bilan facile. Il faut regarder l'hématocrite et l'hémoglobine (si cette dernière est à plus de 14 g/dl = hémoconcentration donc déficit en… sel). Même topo avec les protides (hémoconcentration quand protidémie normale chez le dénutri). L'insuffisance rénale fonctionnelle (urée élevée) est en lien avec une déshydratation extra-cellulaire (manque de sel) et quand le taux de sodium est supérieur à 145, c'est un manque… d'eau ! C'est la natrémie qui donnera le type de soluté à perfuser. Si elle est élevée (>145), il faut diluer le sel donc apporter de l'eau essentiellement (G5). Une natrémie qui dépasse 155 doit conduire à l'hospitalisation. Une hyponatrémie en dessous de 125 aussi. Si elle est normale ou un peu basse (hyponatrémie modérée), avec des signes d'hémoconcentration (protides, hématocrite) et une insuffisance rénale fonctionnelle : il faut passer de l'eau et du sel (NaCl 9 %).

plus que la voie, c'est la quantité d'eau à apporter qui compte

La voie est fonction des possibilités de l'EHPAD. La plupart du temps en S/C (1 litre/jour) avec des apports oraux, car il faut donner plus que les 1,5 litres quotidiens. Avec l'eau et le sel, attention aux cardiaques. Chez eux, favoriser le mélange G5 + 4g de NaCl par litre. On code S1 quand la réhydratation est simplement préventive (même en perfusion S/C). C'est-à-dire quand le patient est à risque de déshydratation. Par contre, dès que le patient est traité curativement (déshydratation prouvée biologiquement), c'est un T2 à l'item Troubles de l'hydratation (même si la voie favorisée n'est qu'orale). Pour PATHOS, ce n'est pas la voie qui compte, mais la quantité d'eau qui manque dans le corps.

Les fausses routes sont sous-estimées. Il n'est pas exceptionnel d'assister, au cours d'un repas, chez le grabataire dénutri, à des asphyxies aiguës (notamment à l'occasion de vomissements).

Les principales causes de fausses routes sont la grande cachexie, les AVC, la maladie de Parkinson, toutes les formes de démences, les cyphoscolioses cervicales, les médicaments altérant la vigilance…

En cas d'obstruction laryngée brutale : manœuvre de Heimlich. Devant un tableau d'inondation bronchique : aspiration naso-trachéale et O2 au masque, puis dans les suites immédiates, kiné respiratoire, antibiotiques à large spectre. C'est du T1 dans PATHOS à l'item Bronchopneumopathies !

La malnutrition est associée de façon significative à l'existence d'une dyspha-

gie, et cette dernière aux pneumopathies d'inhalation. Avant d'en arriver là ou à la fatale asphyxie, il faut dépister les symptômes évocateurs et mettre en place un système de surveillance par fiches chez les résidents à risque. Les signes évocateurs, en dehors de la fausse-route évidente sont : la toux (mais elle est absente dans 50 % des cas), la voix modifiée ou mouillée, une gêne pendant la déglutition (blocage), le bavage, le reflux par le nez, les refus alimentaires, un amaigrissement inexpliqué, les pneumopathies répétées.

mettre en place un système de repérage des fausses routes

Il est utile de faire un test de la déglutition aux liquides : on démarre avec de l'eau plate, puis on épaissit avec une poudre au fur et à mesure du test. Pour un volume donné, faire 4 essais successifs. Cette méthode permet de connaître la quantité maximale qui peut être déglutie à chaque fois et le type de texture le plus adapté.

La prise en charge passe par des soins d'hygiène buccale, une bonne installation pour le repas, un matériel adapté. On nourrit en se mettant en face, pas de côté en gavant et en discutant avec un collègue !

Dès que les fausses-routes sont récidivantes et qu'il y a eu au moins un épisode sérieux asphyxiant, il faut bien le décrire dans le dossier et coter T2 à l'item Syndromes digestifs hauts. De même, on codera T2 si l'équipe arrive à démontrer (c'est chronologique), que des bronchopneumopathies récidivantes sont à rattacher à des fausses routes répétitives (même minimes, ou du moins en apparence peu bruyantes). Une fausse route de temps à autre, sans conséquence, c'est S1.

Le diabète du sujet âgé n'a pas de caractéristiques particulières par rapport à celui du jeune, sauf peut-être dans l'expression torpide des complications.

Il faut redouter le coma hyperosmolaire chez tout diabétique agressé (déshydratation +++, fièvre, stress, chirurgie…) dès que la glycémie est > à 1,5 g/l. C'est aussi parfois un mode de révélation d'un diabète méconnu ou infraclinique. Symptômes : troubles de la vigilance, glycémie très élevée (> 6 g/l), osmolarité > 350 mmol/l (avec hypernatrémie), déshydratation, pas de cétose. Il faut hospitaliser.

Mais le risque le plus constant chez le diabétique, c'est l'hypoglycémie, qui a peu d'expressions cliniques (réaction adrénergique affaiblie) mais dont les conséquences peuvent être graves : chutes (fractures), nécrose chez le coronarien, AVC, confusion, hématome sous-dural… Tout malaise ou toute chute doit faire pratiquer un hémoglucotest dans l'EHPAD.

Les objectifs du traitement chez le sujet de plus de 80 ans ne sont pas fondés sur l'index glycémique, mais les complications : pas d'hypoglycémie, pas d'asthénie, pas de dénutrition, pas de coma hyperosmolaire. Le traitement fait le plus souvent appel à l'insuline semi-lente (LANTUS). La logistique en EHPAD ne permet pas d'avoir une IDE 24h/24 (coupures en journée, nuit). Il faut donc former les aides-soignantes à l'utilisation d'un appareil à hémoglucotest et

mettre un protocole de resucrage en place. Pour le généraliste en urgence, avoir du GLUCAGON au réfrigérateur.
Dans PATHOS, un diabète équilibré, même sous insuline avec plusieurs contrôles glycémiques par jour et application d'un protocole de rapide, se code S1 à l'item diabète. C'est le diabète difficile, mal équilibré malgré un protocole bien suivi, qui se code T2. C'est notamment le cas lorsqu'il existe des hypo ou des hyperglycémies imprévisibles. La preuve ? Dans le dossier.

G. Divers : anémie, syndrome d'immobilisation, incontinence urinaire, état cancéreux, iatrogénie.

une anémie n'est jamais anodine

elle s'explore (codage DG)

Il n'existe pas d'anémie physiologique et sa présence doit au minimum justifier une réflexion clinique sur ses causes possibles et le plus souvent, si l'on a le sentiment qu'une étiologie curable peut être trouvée et traitée avec bénéfice, des explorations complémentaires. Le bilan de débrouillage en EHPAD : NFS (regarder le VGM ; anémie microcytaire par déperdition sanguine ? Faire un TR ; anémie macrocytaire par carence vitaminique ? Doser les folates et la vitamine B12) ; fer sérique et ferritine (basse = carence martiale, haute = inflammation), les réticulocytes (anémie régénérative ou arégénérative > anémie réfractaire ?), la CRP (anémie inflammatoire ?), la créatinine (anémie d'insuffisance rénale chronique ?), la TSHu (anémie de l'hypothyroïdie ?). Dans PATHOS, cette phase de recherche se code DG à l'item anémie. Pour aller plus loin, il faut hospitaliser le patient (explorations endoscopiques, myélogramme, TDM thoraco-abdominal…). Si l'anémie chronique est incurable, avec surveillance clinique étroite (TA quotidienne, tolérance fonctionnelle, NFS hebdomadaire) en vue de transfusions répétées (anémie réfractaire), un codage T2 est possible. La simple supplémentation vitaminique, même injectable (vitamine B12) se code S1. Une anémie carentielle dans le cadre d'une dénutrition sévère va entraîner un codage T2 à l'item dénutrition et S1 à anémie (sels de fer).
Une incontinence urinaire récente n'est jamais banale et doit s'explorer (codage DG à l'item incontinence urinaire. C'est surtout valable en l'absence d'infection, chez le résident ayant un statut cognitif correct, quand on pense qu'une exploration fonctionnelle est utile). La première cause à rechercher est un processus irritatif (ECBU, échographie : infection, lithiase, tumeur de vessie, hypertrophie prostatique avec rétention chronique…). Une sonde urinaire à demeure, sans complication, se code S1 à l'item rétention urinaire. Un T2 peut s'envisager en cas d'infections symptomatiques à répétition (à l'origine d'une dénutrition ?) ou de sondage à problème (sonde qui se bouche et qui doit être remplacée par une sonde à double-courant avec lavage de vessie).
Le syndrome d'immobilisation, conséquence d'un alitement prolongé, va

justifier des mesures préventives : prévention des escarres, de la thrombose, lutte contre les rétractions, la constipation… et une mobilisation précoce. Pour éviter la grabatisation définitive, il faut (si c'est réaliste), faire le pari d'une revalidation à la marche : codage R2 (voire R1) à l'item état grabataire/trouble de la marche. Un résident grabataire dont la rééducation à la marche est illusoire se code S1.

pour éviter la grabatisation : remobiliser après une immobilisation prolongée

Un résident cancéreux en situation palliative (et non terminale) prendra parfois des antalgiques de niveau 3 avec surveillance étroite (échelles d'évaluation) et réajustements fréquents. Cela justifie un codage T2 à l'item états cancéreux (sachant que l'item douleurs n'existe pas dans PATHOS). On pensera aussi aux possibles mesures nutritionnelles qui, même dans ce contexte, si le bénéfice attendu est réel, peuvent autoriser un T2 à l'item dénutrition.

La iatrogénie est trop fréquente en gériatrie. Les médicaments en cause sont toujours les mêmes : cardiotropes et anticoagulants (76 %), les psychotropes (41 %), les antalgiques (23 %), puis ceux à tropisme digestif, pulmonaire et les antidiabétiques. La clairance de la créatinine doit être connue pour tous les résidents de l'EHPAD. Si l'état général du résident est altéré du fait d'une iatrogénie ou qu'une surveillance étroite est nécessaire, ainsi que des mesures correctrices, un codage T2 est possible à l'item 49 (autres états pathologiques). Il faut rajouter à la main « iatrogénie » sur la feuille d'évaluation PATHOS pour préciser la nature du trouble.

la clairance de la créatinine : à calculer obligatoirement

EPILOGUE

Ce qui vient d'être exposé est dense et traduit bien l'immensité du chantier qui attend le médecin coordonnateur et son équipe. Tout n'a pas pu être abordé.

Les EHPAD du futur : de petits hôpitaux gériatriques locaux ?

À l'heure où l'hôpital a de plus en plus de mal à faire face à la demande croissante, les EHPAD sont amenés à prendre en charge, par leurs propres moyens, des pathologies de plus en plus lourdes. Il n'est pas douteux qu'ils se transforment dans les années à venir (si le rythme du vieillissement se poursuit) en petits hôpitaux gériatriques locaux. Espérons que les moyens humains (toujours insuffisants) et matériels viendront.

Faire de la gériatrie n'est pas simple et demande abnégation et militantisme. En attendant, il faut faire avec les moyens du bord. Nous espérons que ce guide pourra vous y aider et donnera des pistes de réflexion utiles.

En ce qui concerne PATHOS, si nous devions résumer les diagnostics et clés de prise en charge à ne pas louper, nous dirions qu'il faut :

les messages essentiels de ce guide

1. Avoir une IDE référente pour la tenue des dossiers (sa présence est requise le jour du contrôle, avec, s'il existe, le psychologue voire une AS référente).
2. Les professionnels à métiers spécifiques doivent tracer leur activité à travers des comptes rendus, si possible dans un logiciel adapté aux EHPAD. L'IDE doit avoir les droits informatiques pour accéder à ces comptes rendus afin d'inscrire, si nécessaire, cette activité, ainsi que celle des médecins (quand ils ne le font pas eux-mêmes).
3. Il est indispensable de faire une liste, qui doit être à jour un mois avant la coupe PATHOS, des résidents qui bénéficient d'interventions particulières, ainsi que leur rythme : séances de kiné, d'orthophonie, visites du psychologue, de l'IDE psy de secteur, etc.
4. Tous les patients doivent avoir un MMS.
5. Il faut élaborer des fiches de chutes, d'alimentation et de déglutition.
6. Il faut une prise en charge individualisée des déments : du diagnostic aux ateliers.
7. Les insuffisants cardiaques instables sont à surveiller de près.
8. Les dénutris aussi.
9. Les infections sont répandues et altèrent l'état général.
10. Les parkinsoniens se rééduquent (R2).
11. Le diabète se surveille par ses complications (hypo-hyperglycémies).
12. Les anémies, les chutes « réhabilitables » et les dénutritions s'explorent (DG).
13. Bien évaluer les plaies (CH) et les besoins en kiné (R1 pour la kiné respiratoire +++).
14. Enfin, tous les T2 doivent se justifier par les consignes du médecin traitant et la tenue du dossier par l'équipe soignante.

Mis en page avec le logiciel SCRIBUS version 1.3.3.13

Achevé le 11/10/2009

© Tous droits réservés (AMCL)